

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM MEDICINA

ANO LETIVO 2013 - 2014

REABILITAÇÃO DE DOENTES PSIQUIÁTRICOS

ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Alexandre Manuel Arouca Pértega Gomes

6.º Ano do Mestrado Integrado em Medicina

Orientador - Dra. Margarida Passos

Coorientador - Prof. Dr. José Queirós

PORTO, 2014

Alexandre Manuel Arouca Pértega Gomes

REABILITAÇÃO DE DOENTES PSIQUIÁTRICOS

ARTIGO DE REVISÃO

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina
submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto.

Orientador - Doutora Maria Margarida Seca Chaves Passos
Grau académico - Licenciatura em Medicina
Título Profissional - Assistente Hospitalar Graduada em
Psiquiatria

Coorientador - José Maria Leão Ferreira de Queirós
Categoria - Professor Associado Convidado
Afiliação - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar -
Universidade do Porto

Correspondência

Alexandre Manuel Arouca Pértega Gomes

+351 91 6560173

alexandre.pertega.gomes@gmail.com

Rua do Seguro, 221 1º esquerdo

4435 - 446 Rio Tinto

Cada día es más evidente como los enfermos transcurren años viviendo como enfermos más o menos compensados pero en sus propias comunidades. Este fenómeno representa una revolución copernicana de la dinámica salud-enfermedad; una revolución temporal y espacial al mismo tiempo: el tiempo de la enfermedad se transcurre afuera de los espacios de la enfermedad, ó sea los hospitales. Esta revolución ocurre a pesar de la resistencia de la medicina. (...) el movimiento para una enfermedad vivida en la comunidad (y tratada en la comunidad) es implacable. (...) Entonces, la de hospitalización es y será uno de los grandes desafíos del futuro.

Benedetto Saraceno

(in "Entrevista com Benedetto Saraceno
por Domingos Sávio Alves")

À MINHA AVÓ

ÍNDICE

RESUMO E PALAVRAS CHAVE.....	6
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	7
INTRODUÇÃO.....	8
NA SENDA DE UM NOVO PARADIGMA.....	10
EPIDEMIOLOGIA - OS NÚMEROS QUE EVIDENCIAM A URGÊNCIA.....	12
ORIGENS DA REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	14
CONCEPTUALIZANDO.....	16
PRINCÍPIOS, OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS.....	20
MONITORIZAÇÃO E <i>OUTCOMES</i>	24
O PAPEL DO PSIQUIATRA.....	25
DESAFIOS.....	27
LINHAS FUTURAS.....	28
CONCLUSÃO.....	31
AGRADECIMENTOS.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	34

RESUMO

Introdução: As doenças psiquiátricas crônicas são um problema de saúde de dimensões devastadoras e enorme impacto público. As várias evoluções no paradigma da saúde mental conduziram à noção da possibilidade de *recovery* de doentes psiquiátricos, sendo a reabilitação psiquiátrica um conceito e prática centrais nesse processo.

Objetivos: Nesta revisão da literatura pretende-se proporcionar uma visão panorâmica da reabilitação psiquiátrica - incluindo o seu *background*, conceito, princípios, metas e desafios, contextualizados na senda da mudança de paradigma na Saúde Mental.

Desenvolvimento: As origens da reabilitação psiquiátrica estão fundadas em vários eventos históricos, de onde se destaca o processo de desinstitucionalização, e aspetos socioculturais. É essencialmente uma área devotada à *recovery* dos doentes psiquiátricos, de natureza ampla e multidisciplinar, assente em dois eixos estratégicos principais: o indivíduo e o seu ambiente. Nesta dialética, o psiquiatra vê o seu papel expandido para além do diagnóstico e controlo sintomático.

Conclusão: Tem havido um crescente interesse da comunidade psiquiátrica internacional pelo tema da reabilitação psiquiátrica - patente nos vários relatórios e diretrizes de atuação da OMS, na especialização de centros e profissionais e no crescimento da pesquisa e divulgação. A definição, os fundamentos e os objetivos do processo de reabilitação estão estabelecidos, e existem vários modelos descritos e respetivos *outcomes* relatados. Subsistem porém vários desafios à sua aplicação, que passam pela dificuldade de financiamento, motivação e articulação dos vários serviços, acrescidos do preconceito, estigma, desconhecimento e falta de profissionais, particularmente nos países em desenvolvimento.

PALAVRAS CHAVE: Reabilitação Psiquiátrica e Psicossocial; *Recovery*; Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Chronic psychiatric diseases are an health problem of tremendous dimension and huge public impact. The several evolutions in the mental health paradigm lead to the notion that recovering psychiatric patients is a possibility, being the psychiatric rehabilitation a concept and practice essential to this process.

Objectives: In this review article, it is intended to provide a panoramic view of the psychiatric rehabilitation - including its background, concept, principles, goals and challenges, contextualized in the paradigm shift in Mental Health.

Body: The origins of psychiatric rehabilitation are founded in several historical events, where the deinstitutionalization process stands out, and sociocultural features. It's essentially a field devoted to the recovery of psychiatric patients, with a broad and multidisciplinary nature, based on two main strategic axes: the person and the environment. In this dialectic, the psychiatrist gets an expanded role, beyond diagnosis and symptomatic control.

Conclusion: There has been a growing interest in the psychiatric community towards psychiatric rehabilitation - reflected in the various reports and guidelines edited by the WHO, in the specialization of hospitals and professionals, and in the research and editing growth. The concept, rationale and objectives of the rehabilitation process are identified, and several models and respective results have been described and published. Nevertheless, plenty of challenges remain, from the difficulties in funding, motivation and services coordination, adding the prejudice, stigma and the lack of knowledge and professionals, mainly in the developing nations.

KEYWORDS: Psychiatric and Psychosocial rehabilitation; Recovery; Mental Health.

INTRODUÇÃO

A concepção da saúde como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consistindo somente na ausência de uma doença ou enfermidade", estipulada pela OMS desde a sua fundação em 1948, fundamenta o atual paradigma holístico da saúde - ditando, por definição, a natureza multicêntrica da abordagem a cada paciente, e refletindo a compreensão de que todos os sistemas estão em inter-relação e influência mútua.

A saúde mental é, portanto, crucial para o bem-estar geral dos indivíduos e das comunidades, e as doenças mentais provocam um profundo impacto em termos de Saúde Pública, sublinhado pelas estimativas da OMS em 2000: 12 - 15% do total de anos de vida perdidos prematuramente ajustados pela incapacidade (no original *DALYs - Disability Adjusted Life Years*) no Mundo dever-se-ia a doenças mentais - valor superior às doenças cardiovasculares e neoplásicas - representando ainda a causa de 30% de todos os anos vividos com incapacidade.

O recente campo da Saúde Mental tem sofrido várias mudanças de paradigma, em consonância com o acumular de evidência sobre os diferentes modelos de abordagem aos doentes psiquiátricos e em paralelo com a evolução dos padrões socioculturais. O primeiro período, a designada Era do Asilo, declinou progressivamente nos anos 50/60, originando o segundo, assente no processo de desinstitucionalização. O terceiro e último período - que suporta um cuidado multicêntrico e balanceado entre o Hospital e a Comunidade - coloca a tónica na reabilitação dos doentes psiquiátricos.

A reabilitação psiquiátrica surge então na sequência do processo de desinstitucionalização, ganhando crescente interesse pela comunidade psiquiátrica internacional devido essencialmente a três fatores: a necessidade de uma resposta à desinstitucionalização - que lançara um grande número de doentes para a comunidade sem preparação e apoio; o crescimento dos direitos dos doentes mentais e o seu reconhecimento generalizado; e a evolução dos conhecimentos psiquiátricos - com vários estudos a colocar em dúvida a clássica certeza da evolução desfavorável de determinadas patologias, como a esquizofrenia, e demonstrando que a cronificação de outras não resulta necessariamente da doença, mas de variáveis ligadas a contextos

microsociais - onde é possível atuar, mas com estratégias distintas das implementadas pelo modelo psiquiátrico biomédico.

A aplicação prática da filosofia reabilitativa depende do desenvolvimento e divulgação de modelos com eficácia assente na evidência, e exequíveis do ponto de vista económico. Depende ainda da motivação dos vários profissionais envolvidos e da criação de canais que facilitem a sua intercomunicação. É assim essencial uma boa compreensão da natureza precisa dos diferentes processos de intervenção, para a possibilidade de melhorar o acompanhamento e registo desses diferentes processos, e providenciar planos de atuação claros, viáveis, e de eficácia validada.

Nesta revisão da literatura pretende-se proporcionar uma visão panorâmica do campo da reabilitação psiquiátrica, procurando sistematizar a sua origem e contexto, definição, princípios, objetivos e estratégias, desafios e linhas futuras.

DESENVOLVIMENTO

NA SENDA DE UM NOVO PARADIGMA

Data de 2001 o primeiro Relatório Mundial de Saúde da OMS dedicado exclusiva e extensivamente às doenças neuropsiquiátricas, com o mote "*New Understanding, New Hope*" (WHO 2001). No mesmo ano é ainda publicado o primeiro relatório do projeto *Atlas*, iniciado pela OMS com o objetivo de mapear os recursos para a Saúde Mental no mundo.

A necessidade de um conhecimento extensivo e aprofundado da matéria brota do reconhecimento do importante e crescente peso das doenças neuropsiquiátricas em termos de prevalência, mortalidade, e *DALYs*, e da ausência de um conhecimento sistemático e global da resposta médica, social e governamental a este facto (WHO 2001). A informação colecionada foi atualizada em 2005 e 2011, representando esta última versão a mais recente visão global sobre os recursos disponíveis para prevenir e tratar doenças neuropsiquiátricas, providenciar reabilitação e proteger os direitos humanos (WHO 2011).

No ano de 2003 é ainda lançado nos EUA o relatório da *New Freedom Commission on Mental Health*, igualmente apresentando um sumário dos factos, problemas, conhecimentos e recomendações, e com um objetivo claro, expresso no subtítulo - *Transforming the Vision*. Logo nos comentários de abertura, Rosalynn Carter e Thomas E. Bryant expressam a ideia central do relatório - embora não exista (ainda) uma cura para a doença mental, a *recovery* é hoje possível - sendo portanto imperiosa uma mudança de foco dos serviços, com esse objetivo em mente (NFCMH 2003). Poder-se-ia enumerar ainda a edição de vários guias práticos e revisões, também na viragem do milénio, para ilustrar o crescente interesse nesta área.

O melhor exemplo desta movimentação é talvez o da esquizofrenia; a entidade clínica cunhada de *Dementia Praecox* por Kraepelin em 1912 e renomeada Esquizofrenia por Bleuler em 1924, esteve desde logo catalogada como doença debilitante e associada a um curso clínico progressivo e deteriorante. A investigação

científica efetuada nas décadas seguintes forneceu novas teorias sobre a etiologia e novos tratamentos, mas pouco alterou o prognóstico pessimista original (Kruger 2000).

O conceito de *recovery* associou-se ao designado *consumer's movement*, quando pessoas com o diagnóstico de doenças psiquiátricas graves, em particular de esquizofrenia, que haviam sido capazes de levar vidas bem sucedidas e bem diferentes do prognóstico traçado à partida, começaram a falar e publicar as suas histórias, incitando à execução de estudos longitudinais que foram suportando estes testemunhos e trazendo maior otimismo e esperança aos doentes (Lovejoy 1984).

Inserida no mesmo movimento está a ideia de que os serviços de reabilitação devem ser orientados para a *recovery* dos doentes. Embora a conceptualização de *recovery* seja também difícil - encontrando-se linhas fraturantes importantes entre o modelo médico, o modelo reabilitativo e o modelo do *empowerment* - a noção de que se trata de um processo que tende ao estabelecimento de uma vida com sentido e a uma visão identitária positiva cimentada na esperança e autodeterminação parece ter boa relação com o que descrevem os doentes (Andresen et al. 2003).

Desde 1999, a OMS abandonou assumidamente a visão clínica e biomédica, e iniciou um intenso apoio técnico aos países no sentido da mudança de paradigma - com o término da cultura manicomial, a promoção da saúde mental comunitária e a defesa dos direitos humanos. Assim, não representando uma novidade *per se*, a noção de *recovery* de doentes psiquiátricos crónicos, assente num cuidado focado em princípios de reabilitação, surge atualmente como um campo de estudo e prática que se pretende paradigmático da Psiquiatria contemporânea (Saraceno 2011).

EPIDEMIOLOGIA - OS NÚMEROS QUE EVIDENCIAM A URGÊNCIA

Estima-se que as doenças neuropsiquiátricas contribuam com 13% da carga global de doença. Embora a dimensão desta carga exiba variações entre países, as doenças neuropsiquiátricas contribuem com um peso substancial em todos, sem exceções. Cerca de um terço de todos os anos vividos com incapacidade, em pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, se devem a doenças neuropsiquiátricas. A depressão é a principal causa de anos de vida saudável perdidos em mulheres dos 15 aos 44 anos, quer em países de elevado quer de baixo rendimento. Em todas as regiões, as doenças neuropsiquiátricas são a causa mais importante de incapacidade. As projeções para 2030 apontam a depressão como a principal causa de *DALYs* em todos os grupos económicos e etários - que passa da 3ª posição em 2004 (sucendo as infeções do trato respiratório inferior e doenças diarreicas) para a primeira, isoladamente (WHO 2004) tornando-se ainda responsáveis pela perda de 16,1 triliões de US\$, com impacto dramático na produtividade e qualidade de vida das populações (Bloom 2011). Cerca de 4% das mortes a nível global são associadas ao alcoolismo (Rehm 2009), sendo ainda o suicídio responsável pela morte de 1 milhão de pessoas atualmente, ocorrendo cerca de 85% em países de baixo ou médio rendimento (Peden 2002)

As doenças neuropsiquiátricas apresentam um elevado impacto nos indivíduos, famílias e comunidades. Estima-se que uma em quatro famílias apresente pelo menos um membro afetado com doenças neuropsiquiátricas. Estas famílias, para além do esforço físico e emocional que lhes é requerido, lidam com o impacto negativo do estigma e discriminação - presentes em todas as partes do Mundo - e com inúmeros outros desafios como dificuldades económicas, reação emocional à doença, interrupção da rotina doméstica e restrição de atividades sociais (WHO 2001).

Em termos globais, o montante investido no campo da saúde mental é inferior a 2 US dólares/pessoa/ano, sendo inferior a 25 cêntimos na maioria dos países em desenvolvimento - contrastando com os máximos, superiores a 40 Dólares, nalguns países desenvolvidos. Cerca de metade da população mundial habita em países onde, em média, existe 1 ou menos psiquiatras por 200.000 pessoas (WHO 2011). Isto representa claramente uma enorme discrepância na prestação de cuidados a doentes mentais. Além disso, na maioria dos países, o orçamento dedicado à Saúde Mental é de apenas 1% do

orçamento total para a saúde - em contradição absoluta com a primazia concedida à Saúde Mental no paradigma da saúde defendido pela OMS desde a sua origem, em 1948, que designa saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consistindo somente na ausência de uma doença ou enfermidade" (WHO 2001).

A utilização de intervenções psicossociais, definidas para o efeito como todas as intervenções que utilizam primariamente métodos psicológicos e/ou sociais para o tratamento e/ou reabilitação de doenças mentais ou redução substancial do *distress* psicossocial, apresenta variações significativas consoante a região em foco. Nas Américas e Europa, 64% e 59% dos países têm uma maioria de infraestruturas capazes e prestadoras destas intervenções, respetivamente, contrastando com 24% na África e 25% na Ásia. Comparando por grupos económicos, a variação vai desde 14% nos países de baixo rendimento a 61% nos de rendimento médio-alto. De notar que os *latos* critérios utilizados na definição de intervenção psicossocial no contexto desta pesquisa poderão estar na base de uma sobrestimação do que realmente é feito de reabilitação psiquiátrica estruturada (WHO 2001).

ORIGENS DA REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA

A abordagem às pessoas com distúrbios mentais e comportamentais tem desde sempre refletido os valores sociais prevalentes em relação à percepção da doença mental, e tem evoluído em estreita relação com os mesmos, exibindo variações drásticas ao longo dos tempos - as pessoas sofrendo de distúrbios mentais e comportamentais já subiram de estatuto por se acreditar serem intermediários dos deuses, já foram perseguidas e assassinadas publicamente, já foram aprisionadas em grandes asilos (WHO 2001).

A recente história dos serviços de Saúde Mental pode ser dividida em três períodos distintos: o surgimento do asilo, o declínio do asilo e a providência de serviços de saúde mental tendencialmente comunitários.

Durante o século XIX, duas correntes divergentes eram observadas na Europa - por um lado, as doenças mentais começavam a ser reconhecidas como um tópico de estudo científico legítimo, a psiquiatria passava a ser incluída como ramo médico, e as pessoas com distúrbios neuropsiquiátricos reconhecidas como pacientes médicos; por outro lado, estas mesmas pessoas eram isoladas da sociedade e entregues à custódia de grandes instituições - os asilos, abordagem que seria depois também alargada para África, Américas e Ásia.

O período asilar caracteriza-se então pela segregação dos doentes neuropsiquiátricos em grandes instituições de custódia, remotas da comunidade. Apesar do acumular de evidência dos pobres resultados deste modelo, e de constituírem uma clara contradição ao modelo holístico e humanístico dos cuidados da Saúde Mental moderna, em numerosos países, particularmente de baixo nível económico, os cuidados de saúde mental são quase exclusivamente desta natureza (Thornicroft 2002).

O declínio do asilo iniciou-se, na maioria dos países desenvolvidos, nos anos 50, principalmente motivado por três fatores independentes: o significativo progresso na psicofarmacologia, com a descoberta de novas classes de fármacos como os neurolépticos e antidepressivos e o desenvolvimento de novas intervenções psicossociais; a expansão do movimento dos Direitos Humanos, que se foram tornando um fenómeno verdadeiramente global; e o sublinhar da importância dos componentes

social e mental na definição de saúde, pela OMS. Estes eventos técnicos e sociopolíticos contribuíram para a mudança das grandes instituições de custódia para um cuidado mais aberto, flexível e baseado na comunidade (WHO 2001). Na prática, o movimento de desinstitucionalização apresenta três princípios chave: prevenção de admissões hospitalares desnecessárias, através da criação de centros comunitários; atribuição de alta hospitalar aos pacientes com estadias longas em asilos; criação e manutenção de sistemas comunitários de suporte para os doentes não-institucionalizados.

O terceiro período surge como resposta ao anterior, e tem como objetivos: desenvolver um cuidado balanceado - hospitalar e na comunidade - em contexto local, incluindo serviços próximos das residências, preparados para a pronta admissão de doentes agudos em serviços hospitalares modernos integrados e instituições residenciais a longo termo inseridas na comunidade; intervir tanto nos sintomas como nas incapacidades; o tratamento e cuidado assente na combinação do diagnóstico e necessidades globais do indivíduo; a criação de serviços que reflitam em primeiro lugar as prioridades dos utentes; a coordenação entre profissionais e agências; a substituição progressiva dos serviços estáticos para unidades móveis, incluindo unidades capazes de fornecer cuidados ao domicílio (Thornicroft 2002).

As origens da área da reabilitação psiquiátrica estão igualmente fundadas em vários desenvolvimentos históricos. A designada "Era da terapia moral", que sublinha a importância da inclusão de elementos como o trabalho, lazer e laços sociais como parte de um tratamento humanístico, e que reconhece o valor terapêutico da participação em atividades estruturadas para os doentes; a inclusão de doentes psiquiátricos em programas de reabilitação vocacional; o crescimento da ideologia da Saúde Mental Comunitária; e o desenvolvimento de técnicas de treino de competências (Anthony and Liberman 1986).

Os elementos essenciais da reabilitação psiquiátrica têm surgido subliminarmente ao longo de vários momentos da história da Saúde Mental (Anthony 1986). Previamente considerada como prevenção terciária, esta prática evoluiu como modelo, abarcando o conhecimento sobre formas de organizar os serviços e os métodos devotados à prevenção ou redução da incapacidade associada a distúrbios mentais e comportamentais (WHO 1996).

CONCEPTUALIZANDO

As referências a "reabilitação psiquiátrica" e "reabilitação psicossocial" são profusas na literatura científica. A primeira entrada na *pubMed* incluindo "reabilitação psiquiátrica" no título recua a 1945 (Anthony and Liberman 1986), abordando o trabalho voluntário efetuado na recuperação de militares veteranos dispensados por motivos psiquiátricos, em que reabilitação é implicitamente definida como o retorno dos ex-veteranos a uma vida profissional e social ativa.

Num dos primeiros artigos que procuram sistematizar o conceito (Bartemeier 1945), as raízes da reabilitação psiquiátrica são traçadas às fundações da medicina moderna, cuja missão engloba a "prática de programas terapêuticos dinâmicos desenhados no sentido de permitir ao doente crónico o máximo nível de funcionalidade física e psicológica e ajustamento socioeconómico possíveis para a sua incapacidade." (Bailey 1951). Esta descrição embrionária, embora clara quanto aos seus objetivos genéricos, não constitui uma definição da reabilitação psiquiátrica, isto é, não delimita o processo e as operações envolvidas. É assim lançada a discussão visto que, por um lado, o alcançar das importantes metas da reabilitação na prática parecia carecer de uma nova orientação, investigação e técnicas mas, por outro, a frouxa delimitação do conceito travava o desenvolvimento de programas especializados. Várias das ideias ali descritas - como a necessidade de uma ponte entre o hospital e a comunidade, a importância da compreensão da dinâmica da motivação social para a reabilitação, e a visão do tratamento como um contínuo (Williams 1953) - perpassaram até às definições mais recentes.

A mesma dificuldade de definição permaneceu, porém, por várias décadas, urgindo por um consenso. Este conflito de fronteiras entre a reabilitação psiquiátrica e as várias disciplinas que tradicionalmente, de um modo parcelar, respondiam aos objetivos propostos, é tido como um motivo essencial para o atraso observado no seu desenvolvimento (Munich and Lang 1993).

Em 1996 é publicada pela OMS a declaração de consenso sobre reabilitação. Os autores reconhecem que, sendo um campo em desenvolvimento, os conceitos e práticas da reabilitação psiquiátrica ainda não atingiram total estabilidade, daí a necessidade de

um consenso de autoridades para contribuir para a sua formulação e avanço - o documento não se apresenta como um ponto final no tópico, antes procura estabelecer uma base comum pretendendo facilitar refinamentos conceptuais posteriores, e com isso contribuir para reforçar e melhorar a sua prática (WHO 1996). A reabilitação psicossocial é então definida como um processo que facilita a oportunidade dos indivíduos - que estão deficitários, incapacitados ou em desvantagem devido a uma doença psiquiátrica - a atingirem um nível ótimo de funcionamento independente na comunidade. Implica o trabalho das competências individuais e a introdução de mudanças no ambiente no sentido de providenciar a melhor qualidade de vida possível a pessoas que sofreram ou sofrem de doença mental a que se associe algum nível de incapacidade - trabalhando no sentido da sua máxima minimização, e em consonância com as escolhas e valores individuais (WHO 1996).

Partindo do mesmo reconhecimento da necessidade de uma definição standard, em 1997 o *Board of Directors of United States Psychiatric Rehabilitation Association* definiu a reabilitação psiquiátrica como promotora da *recovery*, integração comunitária e melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças psiquiátricas severas e prejudiciais a uma vida significativa. Foca-se no auxílio ao desenvolvimento de competências e acesso aos recursos disponíveis para aumentar a capacidade de ser bem sucedido e viver satisfeito nos ambientes de vida, trabalho, aprendizagem e socialização de escolha do indivíduo. Enquanto paradigma, a reabilitação psiquiátrica aumentou a amplitude das consequências negativas das doenças mentais severas, reconhecendo além dos sintomas a disfunção, incapacidade e desvantagem que lhe estão associados como parte essencial do espectro patológico e alvo essencial na jornada terapêutica (Anthony 2009).

A reabilitação psiquiátrica tem então sido descrita como uma área de prática que promove a integração comunitária completa de pessoas que se encontram em processo de adaptação a uma incapacidade que advém de um distúrbio neuropsiquiátrico. Tem sido descrita como uma profissão emergente e um campo de estudo com objetivos, valores e princípios únicos (Barret 2005, Corrigan 2008). Embora próxima de outras disciplinas da saúde mental, como a psicologia, assistência social, aconselhamento reabilitativo, foca-se num grupo mais estreito de pessoas - aquelas que apresentam doenças mentais severas. Além disso, contrastando com as disciplinas tradicionais da saúde mental, que se focam primariamente na redução de sintomas, a reabilitação

psiquiátrica devota-se a assistir os doentes a identificar os seus valores e preferências, no sentido de adquirirem papéis socialmente satisfatórios, nomeadamente nos ambientes onde vivem, aprendem, trabalham e socializam (Gill and Barrett 2009).

Outros autores sublinham que a reabilitação psiquiátrica enquanto disciplina é parte de um processo mais global, da *recovery* do doente, focando-se nos recursos e competências para a construção de uma vida com significado, a par de outros processos concordantes com uma abordagem do doente na sua abrangência (como o tratamento sintomático, a intervenção em situação de crise, o suporte comunitário, ...). Enquanto paradigma, contribui para o reconhecimento de necessidades que vão para além da redução dos sintomas, e que visam a plena integração do doente no seu ambiente de escolha (Anthony 2009).

A dificuldade de conceptualização da reabilitação psiquiátrica parece dever-se a vários fatores: por um lado, o facto dos seus princípios incluírem noções que têm estado presentes na história da saúde mental ao longo das suas várias fases, partindo do reconhecimento empírico do seu valor e impulsionados por alterações de paradigma como o processo de desinstitucionalização e o reforço do reconhecimento dos direitos humanos dos doentes psiquiátricos; por outro, o modo como as primeiras iniciativas ditas reabilitadoras (como o trabalho industrial tutelado (Denber 1960) ou as *Fountain Houses* (Norman 2006)) terem surgido desvinculadas de um conceito global, então inexistente; pode ainda deduzir-se que a palavra reabilitação é suscetível a ambiguidades semânticas - os serviços que trabalhavam na reforma de paradigma da saúde mental, por exemplo, eram frequentemente designados de reabilitadores (Anastácio 2012); mesmo que olhada duma perspetiva enquadrada na saúde, a noção de reabilitação psiquiátrica aparenta ser enganadoramente simples - talvez pela fácil compreensão do seu homónimo em medicina física, que é um processo com um fim claro, o retorno ao estado anterior à disrupção funcional - noção cujo deslocamento à dita psiquiátrica representa um minimalismo inadequado.

A importância de demarcar a reabilitação psiquiátrica como campo dá-se do reconhecimento da complexidade dos processos envolvidos, do seu papel central enquanto promotora da *recovery* dos doentes neuropsiquiátricos, da necessidade de formação especializada, investigação e investimento próprios. De igual importância, acresce ainda o efeito colateral na visão e atitude da sociedade face às doenças mentais -

ao incluir os doentes na sociedade, de um modo operacional, ao invés de os segregar e alimentar o preconceito, discriminação, estigma e prejuízo (McRyenolds 2002).

Outro aspeto em discussão consiste na demarcação do grupo ao qual se destinam as práticas da reabilitação psiquiátrica. Alguns autores advogam que esta definição é intuitiva, e que todos os doentes com doença mental crónica severa requerem reabilitação. A maioria da população alvo é constituída por doentes com psicopatologia persistente, instabilidade marcada, caracterizada por recaídas frequentes e dificuldades de adaptação social - destacando-se a esquizofrenia, mas alargando-se o grupo a outros distúrbios psicóticos e não psicóticos (Hirdes 2004; Rossler 2006). Outras definições de doente mental crónico existem, partilhando elementos comuns: o diagnóstico estabelecido, a duração prolongada e incapacidade social. Mais de 50% dos doentes desta categoria apresentam duplo diagnóstico, com abuso de substâncias associado a outra psicopatologia, e representando uma população particularmente difícil de tratar e reabilitar. Outros autores sublinham a enorme heterogeneidade dos doentes psiquiátricos, referindo que mesmo doentes com o diagnóstico de esquizofrenia poderão não necessitar de intervenções reabilitadoras específicas, sendo portanto improvável a possibilidade de demarcar claramente os limites do público alvo da reabilitação (Slade 2014).

Embora pareça inexistir uma definição cabal e universal, e em muitos pontos existam autores com ideias divergentes, a literatura e os esforços de consenso apresentados são no geral concordantes quanto aos princípios, objetivos e estratégias da área, entendendo a reabilitação psiquiátrica enquanto processo fundamental da *recovery* dos doentes neuropsiquiátricos, e como área particular, ampla, multidisciplinar e dialética.

PRINCÍPIOS, OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

A filosofia geral da reabilitação psiquiátrica assenta em dois eixos estratégicos de intervenção. O primeiro centra-se no indivíduo, e tem como objetivo capacitar o doente com ferramentas para interagir com o ambiente. O segundo é ecológico e direcionado ao desenvolvimento de recursos ambientais para a minimização dos potenciais causadores de stress. A maioria dos doentes necessitará de uma intervenção concertada de ambos (Rossler 2006).

O objetivo da reabilitação psiquiátrica é portanto ajudar indivíduos com doenças mentais sérias e persistentes a desenvolver as ferramentas emocionais, sociais e intelectuais necessárias para viver, aprender e trabalhar na comunidade com o menor suporte profissional possível (Rossler 2006; Anthony 2012).

Um ponto chave na compreensão da reabilitação é de que ela se devota ao doente enquanto indivíduo único, no seu contexto específico. Assim, o eixo ecológico deve tomar em consideração circunstâncias de vida específicas do ambiente do doente (Anthony 2009).

Inicialmente é essencial incentivar o indivíduo a identificar os seus objetivos pessoais. Algumas estratégias, como a Entrevista Motivacional, possibilitam uma visão mais precisa dos objetivos, motivações e resistências do paciente, e vai além de uma simples listagem de objetivos e necessidades (Bachrach 2000). Além do mais, permite avaliar e trabalhar a vontade de mudança, *readiness for change* (Corrigan 2001; Rogers 2001). O planeamento subsequente foca-se nos pontos fortes do indivíduo, sendo a devolução da esperança, autoestima, e o *empowerment*, passos essenciais para alcançar os objetivos negociados (Farkas 2005).

Outro princípio chave é o de que a reabilitação psiquiátrica não pode ser imposta - por definição, ela deve centrar-se no doente, respeitando o seu papel como centro terapêutico, como o decisor major de todos os aspetos do tratamento e reabilitação. Estes e outros valores centrais estão também incorporados no conceito de *recovery* (Farkas 2005; Rossler 2006; Anthony 2012).

Como regra geral as pessoas com doenças mentais crónicas têm aspirações básicas semelhantes às da população e cultura em que se inserem - que são, no geral - a

sua própria habitação; educação e carreira profissional; relações sociais e íntimas significativas; e participação na vida comunitária com todos os direitos dos restantes indivíduos (Barber 2012). Mais ainda, elas preferem ver-se como consumidores de serviços de saúde mental, com um interesse ativo na aprendizagem sobre a sua doença e decidindo as abordagens terapêuticas e reabilitadoras (Kopelowicz and Liberman 1995).

A participação autónoma em empregos competitivos representa um ponto chave nas estratégias de reabilitação. Contudo, historicamente, este objetivo constitui um dos maiores desafios no processo - as taxas de desemprego para doentes neuropsiquiátricos crónicos rondavam os 88% durante os anos 90 (Department 1998; Perkins 2002). Meta-análises demonstraram que as intervenções de reabilitação ocupacional são benéficas, com até 58% dos doentes conseguindo empregos competitivos (Crowther 2001; Twamley 2003). Porém, a duração destes períodos de empregabilidade é frequentemente curta (Becker 1998). As intervenções de treino pré-vocacional assumem que um período de preparação é importante, incluindo treino de competências profissionais em workshops institucionais, treino de competências sociais, emprego de transição (isto é, emprego em companhias pertencentes à instituição prestadora dos cuidados de saúde mental), etc. (Gournellis 2010), podendo contribuir para aumentar a estabilidade do emprego final em vista.

Vários estudos evidenciam concordantemente que o melhor resultado é obtido pelas estratégias de emprego protegido - que pressupõem a rápida colocação do doente em contexto profissional competitivo, com suporte continuado e no local (envolvendo aconselhamento e resolução de conflito), quando comparadas com outras estratégias de reabilitação ocupacional (Bond 2008), que aplicam uma abordagem tradicionalmente faseada e longa (Crowther 2001; Twamley 2003).

Uma estratégia central, e simultaneamente um desafio perene, reside no esforço contínuo na investigação e formulação de práticas baseadas na evidência, seguido da transferência destes princípios da investigação para as políticas de saúde e por fim para os decisores / terapeutas.

Nesse sentido, o Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Boston lançou 10 mensagens baseadas na evidência que pretendem constituir os pilares das políticas de saúde mental concernentes ao tópico da reabilitação (Anthony 1982; Farkas 2007; Anthony 2009).

1. A reabilitação psiquiátrica tem sido prejudicada pelos maus *outcomes*, desvalorizada por sistemas de diagnóstico irrelevantes, impedida por abordagens terapêuticas ineficientes associadas a sistemas de suporte comunitário desorganizados.
2. Orientar as pessoas a encontrarem os seus objetivos de vida pode afetar positivamente o *outcome* da sua reabilitação
3. Os sistemas de diagnóstico em psiquiatria não são preditores, prescritores ou descritores das práticas e *outcomes* dos processo de reabilitação.
4. Não existe nenhuma correlação importante entre os sintomas dos doentes e as suas competências.
5. A reabilitação psiquiátrica, incluindo os processos utilizados, objetivos, valores e princípios podem ser descritos e ensinados.
6. Os serviços de reabilitação têm um impacto positivo nas pessoas com doença psiquiátrica.
7. As pessoas com doença psiquiátrica podem e querem frequentar o ensino.
8. As pessoas com doença psiquiátrica podem e querem trabalhar.
9. As pessoas com doença psiquiátrica podem e efetivamente reabilitam-se.
10. Os vários serviços de apoio podem melhorar o funcionamento dos indivíduos nos ambientes de vida, aprendizagem e trabalho.

Os programas de *recovery* devem cobrir diferentes categorias de serviços, incluindo tratamento, intervenção em crises, *case management*, reabilitação, proteção dos direitos humanos, auto ajuda e prevenção. Para cada categoria devem estar definidos os conteúdos envolvidos e o objetivo esperado para o paciente / utente - por exemplo, para o tratamento espera-se o alívio dos sintomas, para a reabilitação espera-se o retomar de um desempenho social satisfatório, ... Estes *outcomes* são frequentemente metas distantes - e a *recovery* está em permanecer no caminho, caminhando. Assim, uma análise e subdivisão dos processos é aconselhada para poder dar feedback aos

doentes, para que estes se apercebam das mudanças, e para que se possa implementar alterações quando necessário (Anthony 2009).

Da mesma forma, a segmentação do processo de reabilitação pode ser feita, em 3 fases: Diagnóstico; Planeamento; Intervenção. O diagnóstico, contrastando com o diagnóstico psiquiátrico tradicional, consiste aqui na autodeterminação da vontade de mudança (*readiness for change*), e no auxílio da determinação pelo doente das suas competências, forças, suportes e défices, e estabelecer os objetivos da reabilitação. Esta informação é o patamar sobre o qual se constrói depois o plano de reabilitação, que especifica os processos necessários ao desenvolvimento de competências e recursos para atingir os objetivos propostos. A fase de intervenção, decorre então na aquisição direta e uso das competências, e na coordenação e modificação de recursos. Diferentes ambientes podem tornar-se agentes de reabilitação - centros comunitários de saúde mental, *clubhouses*, centros de dia, programas de *recovery*, ... podem participar neste processo. Convém ainda notar que diferentes intervenções podem constituir diferentes patamares para diferentes doentes. Por exemplo, um curso de alimentação saudável - pode constituir uma intervenção de aprendizagem de competências para um doente, tendo em vista uma vida independente; pode constituir uma avaliação funcional para outro doente; pode ser um incentivo à adesão a programas, isto é, um estímulo à *readiness* para outro doente ainda. É importante que os profissionais de reabilitação e os pacientes definam claramente o significado e objetivo das diferentes intervenções (Farkas 1988).

As estratégias aplicadas envolvem múltiplos eixos: tratamento farmacológico, treino de competências pessoais e sociais, suporte psicológico aos pacientes e famílias, residência, reabilitação vocacional e emprego, redes de suporte social e lazer; a estas acrescem ainda o desenvolvimento de políticas para os serviços de saúde mental e alocação de recursos, melhoria das condições das instituições e residências, treino de profissionais, controlo de qualidade, melhoria da legislação pertinente, melhoria da opinião e atitude públicas relacionadas à doença mental (Saraceno 2012)

.

MONITORIZAÇÃO E *OUTCOMES*

A visão da reabilitação, não negando a existência e impacto das doenças mentais, olha-as de um patamar superior e na sua abrangência, traduzindo uma mudança do foco das características de cada doença para um modelo centrado no nível de funcionalidade de cada indivíduo. Os *outcomes* em vista vão então para além da condição clínica - incluindo as relações sociais, trabalho, lazer, qualidade de vida e família - e assentam na evidência da necessidade de integração enquanto processo terapêutico, inserido na assistência comunitária balanceada e como parte essencial da *recovery* do doente (Rossler 2006).

A monitorização de todo o processo desde o seu início é fundamental. Vários exemplos de registos são apresentados na literatura (Anthony 1978; Anthony 1982; Sklar 2013), desde modelos com escalas métricas e detalhadas, a modelos descritivos e abertos. Um dos principais motores para o desenvolvimento de monitores eficazes tem sido a pressão do setor financeiro. É importante reforçar que a base da reabilitação psiquiátrica é fortemente empírica - é um processo cujos princípios são facilmente compreensíveis e implementáveis em variados contextos e programas, e portanto monitorizáveis (Anthony 2012).

Os estudos das últimas décadas têm-se focado essencialmente em 3 contribuidores major para a variação de *outcomes* da reabilitação: nas intervenções de treino de competências necessárias para ambientes particulares; terapêuticas farmacológicas, na redução da sintomatologia e prevenção de recaída; e nas intervenções de suporte comunitárias, na redução do número de doentes a residir em hospitais; utilizando parâmetros como a recidiva e empregabilidade. A subcategorização das variáveis em intervenção e a inclusão de medidores da qualidade de vida são pontos fundamentais no desenvolvimento de modelos de avaliação mais globais (Anthony 1982).

O PAPEL DO PSIQUIATRA

A relação entre o terapeuta e o paciente desempenha um papel fundamental - uma relação de compreensão e confiança (Tuttman 1997), que devolve algo que muitos dos doentes perderam ao longo do curso da sua doença.

Corrigan et al (Corrigan, Slopen et al. 2005) demonstraram que o mais importante fator reabilitador da *recovery* é o suporte dos pares. Assim, a reabilitação psiquiátrica constitui-se igualmente como um exercício de construção de rede social (Rossler 2006; Anthony 2009; Borg 2009).

De acordo com Cancro "um psiquiatra deve ser capaz de prescrever intervenções psicossociais, como *social skills training*, tanto quanto prescreve fármacos. Tal não significa que um psiquiatra deva ser capaz de realizar todas as tarefas envolvidas na reabilitação do doente (...) mas que deve estar apto a identificar as necessidades do doente, conhecer os serviços e ferramentas disponíveis, saber direccionar o doente, e desempenhar um papel ativo na gestão dos profissionais envolvidos na reabilitação." Defende ainda que este paradigma beneficiará os doentes e a própria psiquiatria (Cancro 2000; Rossler 2006).

A natureza da reabilitação psiquiátrica é multidisciplinar, dadas as inúmeras competências que exige. A monitorização da medicação é uma tarefa fundamental do psiquiatra. Contudo, à luz da definição de reabilitação, a farmacologia deve ser olhada com particular atenção. O controlo dos sintomas não é necessariamente a prioridade máxima, reconhecendo que os efeitos laterais podem comprometer a reabilitação (Rossler 2006).

O serviço de reabilitação deve ser um lugar de produção de recursos primordialmente afetivos - envolvendo os profissionais, os familiares e a comunidade. Todas as instituições formais ou informais representam nesta ótica recursos potenciais de um serviço; qualquer agregação mais ou menos formalizada de cidadãos a redes de lugares, recursos e oportunidade providenciam potenciais articulações individuais serviço/paciente/comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade e bem estar.

Os contextos e profissionais de saúde mental devem também apoiar atitudes, competências e oportunidades de liderança para as pessoas com doença mental, fortalecendo a influência e intervenção nas tomadas de decisão e a ação dirigida para a comunidade de modo a informar, formar e divulgar extensamente a população em geral sobre as possibilidades de *recovery*. Os profissionais devem adotar uma postura de facilitadores e não de condutores, contribuindo para o *empowerment* dos seus pacientes. Sendo a perspectiva social sobre as doenças mentais o principal motor ou barreira à mudança de atitudes, serviços e *outcomes* na doença psiquiátrica, todos os agentes implicados necessitam ter um papel ativo na transmissão da ideia de *recovery* (Jorge-Monteiro 2007; Saraceno 2011).

DESAFIOS

A pesquisa tem demonstrado com clareza que o correto tratamento das doenças neuropsiquiátricas transporta igualmente uma melhoria socioeconômica para as comunidades (Beddington 2008; Lund 2011). Não obstante, verifica-se um enorme déficit no tratamento destas doenças, particularmente nos países menos desenvolvidos (Bass 2012). Inúmeros desafios persistem, como a inadequada alocação de recursos, as influências do contexto e cultura na manifestação das doenças, estigma e discriminação, sistemas de diagnóstico imprecisos, evidência etiológica limitada, eficácia limitada nas intervenções de prevenção e tratamento de muitas doenças, o sequestro da saúde mental em serviços isolados dos cuidados de saúde gerais ou a sua centralização que exclui uma esmagadora fatia de doentes (WHO 2001; WHO 2011; Anthony 2012).

Observa-se um esforço concertado de várias autoridades para dar resposta ao devastador peso das doenças neuropsiquiátricas, destacando-se as guidelines mhGAP da OMS - com propostas claras para a resolução dos vários desafios em cada tipo de comunidade - a consagração dos direitos dos doentes neuropsiquiátricos na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Disabilities 2006), a pressão no sentido da criação de fundos específicos para a pesquisa sobre doenças neuropsiquiátricas - os vários avanços na genética e neurociências têm aumentado a compreensão sobre as doenças neuropsiquiátricas, mas não se têm feito acompanhar de inovações major ao nível da prevenção e tratamento destas doenças. O lançamento do programa "Great Push for Mental Health" pela World Federation for Mental Health em colaboração com a OMS representa uma enorme coligação de forças locais, nacionais e globais no sentido de dar resposta a este problema e diminuir o peso global das doenças neuropsiquiátricas (Bass 2012).

Um outro desafio, de premência crescente num mundo globalizado, consiste na gestão das diferenças etnoculturais nas comunidades - quer no respeito e compreensão das diferenças em inúmeras variáveis nomeadamente respeitantes ao planeamento das estratégias de reabilitação (por exemplo, ao nível do papel da família e religião (Spaniol 1992; Ponnuchamy 2005; Luk 2006) quer nas importantes disparidades etnoculturais no acesso e uso dos serviços (Dobalian 2008; WHO 2011).

De mencionar ainda que o investimento na formação é um desafio que tem persistido, com estudos a demonstrar que o recrutamento e fixação de equipas de cuidados de saúde mental devidamente treinadas apresenta níveis críticos (Hoge 2002; Hoge 2005). Contribuindo para esta dificuldade de construção de equipas constam as deficiências curriculares nos programas académicos, quer a nível graduado quer a nível pós-graduado, com insuficiente ênfase nas promissoras práticas associadas à reabilitação dos doentes neuropsiquiátricos (Lefley and Cutler 1988; Nemec 2001; Rollins 2001; Hoge 2002). Para providenciar estas práticas de um modo efetivo, os trabalhadores desta área devem apresentar um conjunto específico de conhecimentos e competências que incluam práticas centradas na *recovery* e abordagem centrada na pessoa (Gill and Barrett 2009). Os avanços no campo da reabilitação psiquiátrica devem acompanhar-se de avanços na mesma enquanto disciplina académica - espera-se que áreas de especialidade, subespecialidade ou graus académicos na prática integrada de saúde mental e física sejam desenvolvidos nos próximos anos, contribuindo para a resposta ao problema descrito.

A elegibilidade para empregos competitivos é um objetivo central na reabilitação psiquiátrica, e permanece como um dos maiores desafios por envolver variáveis cuja modificação é morosa - por exemplo, as atitudes da população geral face à doença mental: a discriminação e estigma são apontados como um dos principais motores da baixa empregabilidade (Gournellis, Triantafillou et al. 2010; Goldman and Frank 2012).

O financiamento dos programas de reabilitação, cuja duração é indefinida e em muitos casos *life-long*, e cujos participantes são frequentemente pessoas sem rendimento, é um problema permanente e um fator limitante decisivo para a maioria das instituições prestadoras destes serviços (NFCMH 2003).

A existência de políticas de saúde mental específicas e claras é essencial para guiar as práticas dos serviços. A definição das melhores práticas assenta na evidência produzida pelos vários trabalhos de investigação - e aqui reside um outro desafio: a ponte entre a ciência e os serviços, com as políticas mediando esta transação. Esta dialética tem frequentemente falhado, com estudos a apontar que em muitos casos os resultados da pesquisa não são levados em conta na tomada de decisões nas políticas de saúde (Selby 2001; Whiteford 2001; Landry 2003; Farkas and Anthony 2007).

LINHAS FUTURAS

Alguns autores apontam que os métodos e achados da psicopatologia experimental podem ser igualmente úteis para a reabilitação psiquiátrica. Do ponto de vista da psicopatologia experimental as doenças neuropsiquiátricas são entendidas através do estudo laboratorial de processos psicológicos básicos como a ativação psicofisiológica, percepção, atenção, raciocínio, memória e aprendizagem. Estas medições laboratoriais podem constituir um acréscimo aos métodos tradicionais de avaliação clínica na avaliação inicial dos doentes e monitorização dos *outcomes*. A farmacoterapia frequentemente é eficaz na redução de comportamentos sintomáticos agressivos e disruptivos, mas muitos dos défices psicológicos não são resolvidos com o recurso a fármacos. Procedimentos como treino de competências sociais contribuem substancialmente para o sucesso da reabilitação, mas não estão diretamente vocacionados para défices psicológicos específicos (Spaulding 1986). Uma aplicação mais ampla da psicopatologia experimental pode assim contribuir para o aumento global da eficácia da reabilitação psiquiátrica.

A personalização de tratamento é um objetivo estratégico atual na melhoria dos cuidados de saúde em geral. Abordagens terapêuticas integradas como a reabilitação psiquiátrica beneficiam particularmente desta personalização, uma vez que envolvem inúmeras opções e matrizes terapêuticas que visam perfis únicos. Uma das linhas de investigação recente vai no sentido de desenvolver sistemas informáticos capazes de formular planos de reabilitação baseados nos dados clínicos e contextuais, que visam colaborar com os profissionais no sentido de providenciar os melhores *outcomes* assentes na evidência. A proliferação de alvos terapêuticos - dos sintomas e alterações cognitivas a comportamentais, competências sociais e laborais, dinâmica familiar e comunitária, ... refletiu-se numa proliferação de opções terapêuticas. Na psiquiatria, a utilização sistemática de experimentação - erro é o método central na escolha da melhor opção terapêutica para um determinado indivíduo. A ideia de que as ciências computacionais podem gerar ontologias capazes de providenciar informação sobre quais os métodos cuja probabilidade de sucesso nos *outcomes* é maior, constitui uma linha de investigação recente. O conceito chave é a identificação de subgrupos homogêneos com

maior probabilidade de resposta a uma opção terapêutica específica (Spaulding and Deogun 2011).

A seleção de tratamento baseada no genoma será uma outra linha de investigação, embora num futuro menos próximo. Alguns autores apontam que a colaboração da psicopatologia experimental aliada às ciências computacionais poderá gerar sistemas de auxílio à decisão médica também no contexto da reabilitação de doentes psiquiátricos (Anthony 2009).

A resposta aos desafios acima enumerados está claramente na agenda de hoje, amanhã e depois - esperando-se uma contínua pressão da OMS no sentido do envolvimento governamental nesta mudança de paradigma (WHO 2011) e a participação ativa e crescente dos profissionais, pacientes, ex pacientes, familiares e comunidade.

CONCLUSÃO

A revisão exposta destinou-se a apresentar globalmente a reabilitação psiquiátrica, enquanto modelo e prática centrais no paradigma da *recovery* na Saúde Mental. Ao longo das nove partes desta revisão, contextualizaram-se os alicerces da reabilitação psiquiátrica enquanto parte de um novo paradigma que tenta responder aos alarmantes dados em relação às doenças psiquiátricas; procurou-se traçar o perfil conceptual da reabilitação ao longo do tempo, sublinhando a importância de uma definição clara e delimitadora, sem deixar de compreender a dificuldade de um consenso; reviu-se o processo, nos seus princípios gerais, objetivos pretendidos e estratégias gerais utilizadas; refletiu-se sobre a importância da monitorização e sobre o papel do psiquiatra; e descortinaram-se desafios essenciais e linhas futuras sugeridas.

Tem havido um crescente interesse da comunidade psiquiátrica internacional pelo tema da reabilitação psiquiátrica - patente nos vários relatórios e diretrizes de atuação da OMS, na especialização de centros e profissionais e no crescimento da pesquisa e divulgação. A definição, os fundamentos e os objetivos do processo de reabilitação estão claramente estabelecidos, e existem vários modelos descritos e respetivos *outcomes* relatados. Estas ideias transportam um novo fôlego para a Saúde Mental, e uma visão mais otimista para os doentes psiquiátricos, traduzindo uma mudança, nalguns pontos radical, em relação ao modelo biomédico prévio. Parece claro que o momento é de transformação.

Em contraste com este otimismo encontra-se a situação da maioria dos países. Embora desde 1999 a OMS tenha assumidamente abandonado a visão clínica e biomédica, e iniciado um intenso apoio técnico aos países no sentido da mudança de paradigma (com o término da cultura manicomial, promoção da saúde mental comunitária e defesa dos direitos humanos), inúmeros desafios persistem. Estes desafios vão desde a necessidade de maior investimento na formação de profissionais competentes nas várias valências envolvidas na reabilitação de um doente psiquiátrico, às várias barreiras socioculturais à integração dos doentes psiquiátricos na comunidade, com raízes profundas e a necessidade de uma abordagem globalizada e provavelmente morosa.

A transformação está em curso, e todos são potenciais agentes contribuidores. O sucesso e o curso desta mudança estão na dependência da entrega e entusiasmo dos profissionais envolvidos; dos decisores políticos, facilitando ou dificultando o caminho com maior ou menor investimento e colaboração; do interesse na investigação e na procura de novidades na intersecção das diferentes esferas que fazem o holo; num denso e cooperante diálogo de partes; ...

Porém, o maior motor de mudança, talvez esteja nas mãos de todos: na prática da tolerância e inclusão por oposição ao estigma e discriminação; no apregoar constante dos Direitos Humanos; nos vários pequenos passos individuais no sentido de uma comunidade humanista, que no seu conjunto representam a única forma de fazer caminhar a sociedade no sentido de um ideal, que se vai construindo.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de terminar expressando o meu sincero agradecimento à Dra. Margarida Passos e ao Dr. José Queirós. Além da confiança transmitida e da preciosa orientação, agradeço e saúdo pelo cativante incentivo ao questionamento e à reflexão, e pelo profundo e inspirador humanismo de ambos.

Ao Dr. Hans-Peter Kapfhammer, tutor de estágio no serviço de psiquiatria do *Landeskrankenhaus* Graz, uma palavra de apreço pela cordialidade, estímulo e colaboração informal.

Aos amigos, que sabem e sentem, pela energia contagiante.

Aos meus pais e à minha irmã, por tudo.

BIBLIOGRAFIA

- Anastácio JP (2012) "Reabilitação Psicossocial e Recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental." *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* 4(9): 72-83.
- Andresen R and Oades L (2003) "The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model." *Aust N Z J Psychiatry* 37(5): 586-594.
- Anthony WA et al. (1983). "Philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach." *New Dir Ment Health Serv* 17(17): 67-79.
- Anthony WA and Farkas M (1982). "A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions." *Schizophr Bull* 8(1): 13-38.
- Anthony WA and Liberman RP (1986). "The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base." *Schizophr Bull* 12(4): 542-559.
- Anthony WA and Farkas M (2009). "A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process" Boston University: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony W and Cohen MP (1978). "The measurement of rehabilitation outcome." *Schizophrenia Bulletin* 4(3): 365-368.
- Bachrach LL (2000). "Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia--what are the boundaries?" *Acta Psychiatr Scand Suppl*(407): 6-10.
- Bailey P (1951). "Neurologic rehabilitation" *Neurology* 1(6): 476-482.
- Barber ME (2012). "Recovery as the new medical model for psychiatry." *Psychiatr Serv* 63(3): 277-279.
- Barbui C and Saraceno B (2012). "Geneva calling: WHO resolution on mental disorders." *Int J Ment Health Syst* 6(1): 6.

- Barrett NM, MacDonald-Wilson KL and Nemec PB (2005). "Establishing a consortium of psychiatric rehabilitation educators." *Am J Psychiatr Rehabil* 8: 121-133.
- Bartemeier LH (1945). "Recent Civilian Experiences with Psychiatric Rehabilitation." *Proc R Soc Med* 38(12): 680-681.
- Bass JK et al. (2012). "A United Nations General Assembly Special Session for mental, neurological, and substance use disorders: the time has come." *PLoS Med* 9(1): e1001159.
- Becker DR, Drake RE et al. (1998). "Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment." *Community Ment Health J* 34(1): 71-82.
- Beddington JC, Field J, Goswami U, Huppert FA (2008). "The mental health nations." *Nature* 455: 1057-1060.
- Bloom DE, Jane-Llopis E, Abrahams-Gessel S et al. (2011). "The global economic burden of non-communicable diseases." Geneva: World Economic Forum.
- Bond GR, Drake RE et al. (2008). "An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment." *Psychiatr Rehabil J* 31(4): 280-290.
- Borg M, Karlsson B et al. (2009). "Implementing person-centered care in psychiatric rehabilitation: what does this involve?" *Isr J Psychiatry Relat Sci* 46(2): 84-93.
- Cancro R (2000). "The introduction of neuroleptics: a psychiatric revolution." *Psychiatr Serv* 51(3): 333-335.
- Corrigan P et al. (2008). "Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach" New York, Guilford.
- Corrigan P, McCracken SG et al. (2001). "Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability." *Community Ment Health J* 37(2): 113-122.
- Corrigan P, Slopen N et al. (2005). "Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews." *Community Ment Health J* 41(6): 721-735.

- Crowther RE, Marshall M, et al. (2001). "Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review." *BMJ* 322(7280): 204-208.
- Denber HC (1960). "Industrial workshop for psychiatric patients." *Ment Hosp* 11: 16-18.
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006). "Convention on the Rights of Persons with Disabilities." New York, United Nations.
- Dobalian A and Rivers PA (2008). "Racial and ethnic disparities in the use of mental health services." *J Behav Health Serv Res* 35(2): 128-141.
- Department for Education and Employment (1998). "Labour Force Survey". London, Department for Education and Employment.
- Farkas M and Anthony WA (2007). "Bridging science to service: using Rehabilitation Research and Training Center program to ensure that research-based knowledge makes a difference." *J Rehabil Res Dev* 44(6): 879-892.
- Farkas M, Gagne C, et al. (2005). "Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions." *Community Ment Health J* 41(2): 141-158.
- Farkas M, Cohen M, et al. (1988). "Psychiatric rehabilitation programs: putting concepts into practice?" *Community Ment Health J* 24(1): 7-21.
- Gill KJ and Barrett NM (2009). "Psychiatric rehabilitation: an emerging academic discipline." *Isr J Psychiatry Relat Sci* 46(2): 94-102.
- Goldman HH and Frank RG (2012). "Beyond the trends: policy considerations in psychiatric rehabilitation." *Isr J Health Policy Res* 1(1): 25.
- Gournellis RJ, Triantafillou ES, et al. (2010). "Diachronic trends of employment outcome of prevocational training in psychiatric rehabilitation." *Ann Gen Psychiatry* 9: 2.
- Hirdes AK et al. (2004). "Reabilitação Psicossocial: Objetivos, Princípios e Valores." *R Enferm UERJ* 12: 217-221.

- Hoge MA (2002). "The training gap: an acute crisis in behavioral health education." *Adm Policy Ment Health* 29(4-5): 305-317.
- Hoge MA, Paris M et al. (2005). "Workforce competencies in behavioral health: an overview." *Adm Policy Ment Health* 32(5-6): 593-631.
- Jorge-Monteiro FM (2007). "Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas?" *Análise Psicológica* 1(XXV): 111-125.
- Kopelowicz A and Liberman RP (1995). "Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia." *Harv Rev Psychiatry* 3(2): 55-64.
- Kruger A (2000). "Schizophrenia: Recovery and hope." *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24: 29-37.
- Landry R et al. (2003). "Extent and determinants of utilization of university research in government agencies." *Pub Adm Rev* 63(2): 192-205.
- Lefley H and D Cutler (1988). "Training professionals to work with the chronically mentally ill." *Community Ment Health J* 24(4): 253-257.
- Lovejoy M (1984). "Recovery from schizophrenia: a personal odyssey." *Hosp Community Psychiatry* 35(8): 809-812.
- Luk AL and Shek DT (2006). "Changes in Chinese discharged chronic mental patients attending a psychiatric rehabilitation program with holistic care elements: a quasi-experimental study." *ScientificWorldJournal* 6: 2035-2047.
- Lund C, Silva M et al. (2011). "Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries." *Lancet* 378(9801): 1502-1514.
- McRyenolds CJ (2002). "Psychiatric Rehabilitation: The need for a specialized approach." *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 7: 61-69.
- Munich RL and Lang E (1993). "The boundaries of psychiatric rehabilitation." *Hosp Community Psychiatry* 44(7): 661-665.
- Nemec, PB et al. (2001). "Graduate education in psychiatric rehabilitation." *Psychiatric Rehabilitation Skills* 5: 477-494.

- NFCMH (2003). "The President's New Freedom Commission on Mental Health: Transforming the Vision". Carter Center
- Norman C (2006). "The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' descriptions of what works." *Scand J Caring Sci* 20(2): 184-192.
- Peden M, Krug E (2002). *Injury: a leading cause of the global burden of disease*, Geneva: World Health Organization.
- Perkins RR, (2002). "Unemployment rates among patients with long term mental health problems; a decade of rising unemployment." *Psych Bulletin* 26: 295-298.
- Ponnuchamy L, Mathew BK, et al. (2005). "Family support group in psychosocial rehabilitation." *Indian J Psychiatry* 47(3): 160-163.
- Rehm J et al. (2009). "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders." *Lancet* 373(9682): 2223-2233.
- Rogers ES et al. (2001). "Assessing readiness for change among persons with severe mental illness." *Community Ment Health J* 37(2): 97-112.
- Rollins LB (2001). "Psychology curriculum and psychiatry rehabilitation." *Psychiatry rehabilitation skills* 5: 514-534.
- Rossler W (2006). "Psychiatric rehabilitation today: an overview." *World Psychiatry* 5(3): 151-157.
- Saraceno B (2011). "Interview with Benedetto Saraceno by Domingos Savio Alves." *Cien Saude Colet* 16(12): 4695-4700.
- Selby SC (2001). *The impact of research on decision-making by practitioners and managers. Proceedings of the Australian Vocational Education and Training Research Association Conference*. Australia, Adelaide.
- Sklar M et al. (2013). "Instruments for measuring mental health recovery: a systematic review." *Clin Psychol Rev* 33(8): 1082-1095.

- Slade M et al. (2014). "Uses and abuses in recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health services" *World Psychiatry* 13(1): 12-20
- Spaniol L et al. (1992). "The role of the family in psychiatric rehabilitation." *Schizophr Bull* 18(3): 341-348.
- Spaulding W and Deogun J (2011). "A pathway to personalization of integrated treatment: informatics and decision science in psychiatric rehabilitation." *Schizophr Bull* 37 Suppl 2: S129-137.
- Spaulding W et al. (1986). "Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation." *Schizophr Bull* 12(4): 560-577.
- Thornicroft G and Tansella M (2002). "Balancing community-based and hospital-based mental health care." *World Psychiatry* 1(2): 84-90.
- Tuttman S (1997). "Protecting the therapeutic alliance in this time of changing health-care delivery systems." *Int J Group Psychother* 47(1): 3-16.
- Twamley EW et al. (2003). "Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials." *J Nerv Ment Dis* 191(8): 515-523.
- Whiteford HA (2001). "Can research influence mental health policy?" *Aust N Z J Psychiatry* 35(4): 428-434.
- WHO (1996). "Psychosocial Rehabilitation - a Consensus Statement." Geneva - World Health Organization.
- WHO (2001). "Atlas - Mental Health Resources in the World." Geneva - World Health Organization.
- WHO (2001). "Mental Health: New Understanding, New Hope." Geneva - The World Health Report.
- WHO (2004). "Global Burden of Disease." Geneva - The World Health Report.
- WHO (2011). "Atlas - Mental Health Resources in the World." Geneva - The World Health Report.

William A, Farkas M (2012). Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica.
Porto, Livpsic: 15-20.

Williams RH (1953). "Psychiatric rehabilitation in the hospital." Public Health Rep
68(11): 1043-1051.